

Т.А. Кожобекова, М. Бекмолдакызы, А.С. Ахметбекова  
 Казахский Национальный медицинский университет им С.Д. Асфендиярова,  
 кафедра акушерства и гинекологии №2

### АНТЕНАТАЛЬНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА

В данной статье приведены клинико-статистический анализ течения беременности, причины антенатальной гибели плода, факторы риска развития данного осложнения гестации. Как показывают исследования, важную роль в возникновении антенатальной гибели плода сыграли преэклампсия, задержка развития плода с хронической плацентарной недостаточностью, инфекционные заболевания, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, врожденные пороки развития плода.

**Ключевые слова:** Антенатальная гибель плода, течение беременности, факторы риска антенатальной гибели плода

**Актуальность темы.** Антенатальная гибель плода (АГП) является актуальной, социально значимой проблемой в современном практическом акушерстве [1,2,3].

Уровень антенатальной гибели плода (АГП) остается высоким и составляет почти 50% в структуре перинатальных потерь. Эпидемия мертворождаемости является одной из неотложных проблем, так как он – ключевой показатель здоровья женщин и их качества при беременности и родах. [4, 5].

К сожалению, до настоящего времени проблема АГП является полиэтиологичной а и неоднозначной проблемой, в том числе в плане выработки единых подходов к профилактике и акушерской тактике. Так, ежегодно в мире насчитывается 4 млн. случаев смерти новорожденных, и кроме этого, мертворождение отмечается в 1–3% всех родов, достигая 3млн. [1,2, 3,5]

**Цель исследования:** анализ факторов риска антенатальных потерь, изучение клинико-анамнестических особенностей течения беременности у женщин с антенатальной гибелью плода.

**Материалы и методы исследования.**

Проведен ретроспективный анализ 51 историй родов за период 2017-2018 гг. по РД №1 и ГП №19 г. Алматы. В основной группе – 36 беременных женщин с антенатальной гибелью плода (АГП) в сроках от 23 недель до 39 недели гестации. Контрольную группу составили 15 пациенток с физиологическим течением беременности, родившие живого ребенка.

**Результаты исследования и обсуждение.**

В основной группе представлены беременные от 18 до 37 лет, средний возраст которых составил 29,2±0,5 лет. Первородящих старшего возраста (ПСВ) преобладало в данной группе, что составляло 9 (25%) пациенток. В контрольной группе – беременные от 20-38 лет, средний возраст – 28,3±0,5 лет. ПСВ – 1 (6,6%) пациентка.

Среди исследуемых женщин основной группы первобеременных-первородящих было 16 (44,4%) пациенток, повторнобеременных-первородящих – 2 (5,6%) пациенток, повторнобеременных- повторнородящих – 18 (50%) пациенток, включая 1 – многорожавшую. В контрольной же группе первобеременных-первородящих – 8(53,4%) пациенток, повторнобеременных-повторнородящих – 7 (46,6%) пациенток.

### Паритет беременности

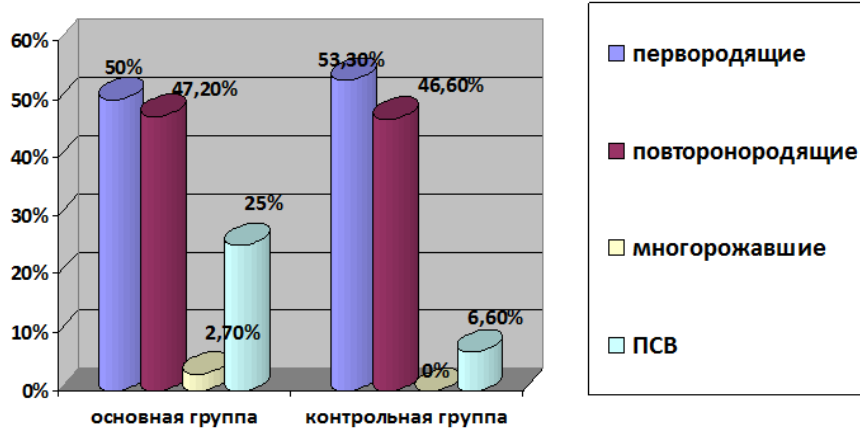


Рисунок 1

При анализе индекса массы тела (ИМТ) в основной группе пациентки с избыточным весом встречались чаще чем в контрольной, составляя 38,9%, с нормальным весом – 61,1%. В контрольной группе избыточный вес у 13,4% пациенток, нормальный вес – 86,6%. Экстрагенитальные заболевания матери приводят к значительному возрастанию риска гибели плода. К ним относятся артериальная гипертензия и другая сердечно-сосудистая патология, заболевания почек, инфекционное поражение органов и тканей [1, 5]. В структуре причин АГП материнские заболевания составляют 10 % [1, 3].

В структуре экстрагенитальной патологии доминировали заболевания мочеполовой системы - хронический пиелонефрит встречался 36,1%, причём в большинстве случаев отмечалось обострение процесса, на втором месте заболевание дыхательной системы 27,7%. Заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы были выявлены у 13,8 %, туберкулез в анамнезе 5,5% беременных, в контроле данных патологии не выявлялись. В основной группе, нарушение жирового обмена имелось место у 20, 7% женщин. В контрольной группе преобладали: перенесенные инфекционные заболевания и заболевания верхних дыхательных путей ( 40% и 47% соответственно).

## Экстрагенитальные заболевания

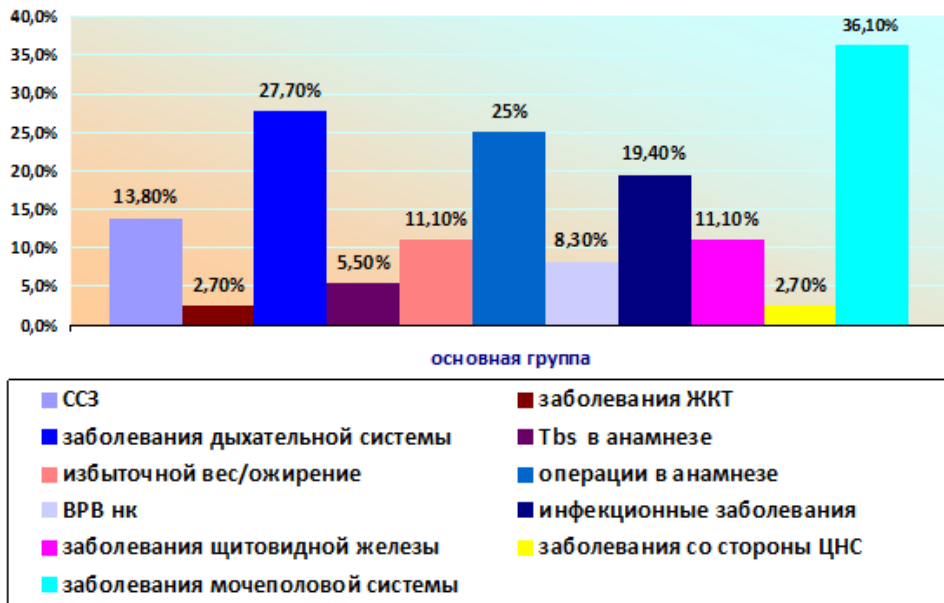


Рисунок 2

## Экстрагенитальные заболевания

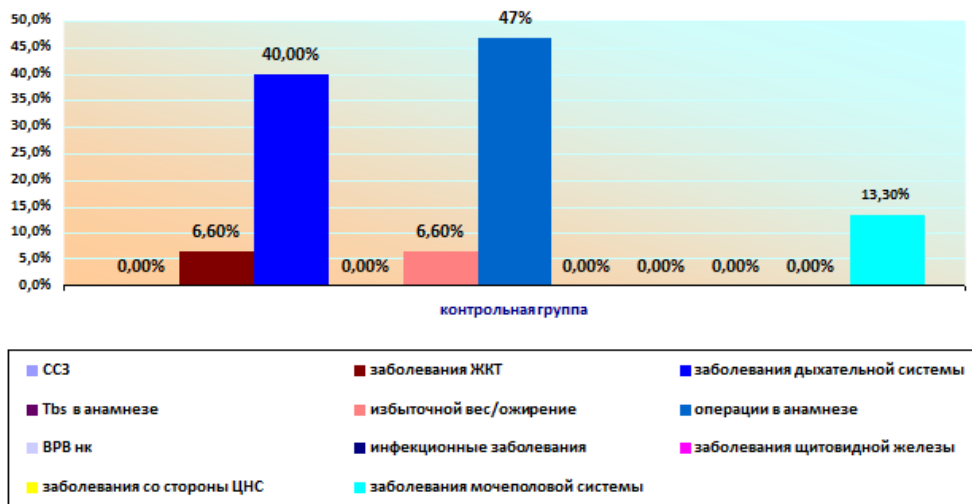


Рисунок 3

Анализ документации показал, что в основной группе на диспансерном учете не состояли 3 беременных (9,3%), ≤12 недели взяты на учет 23 беременных (63,8%), >12 недель 10 беременных (27,7%). В контрольной же группе, 9 беременных (60%) взяты на учет ≤12 недели и 6 беременных соответственно >12 недель.

Акушерский анамнез был отягощен у женщин основной группы на 22,2%: из них медицинский аборт в 11,1%, неразвивающаяся беременность 5,5%, АГП и самопроизвольный выкидыш по 2,7% соответственно. В контрольной группе неразвивающаяся беременность в 1 случае 6,6%. Родоразрешены путем операции кесарева сечения в основной группе 11,1% пациентов, во второй группе такие данные не выявлены.

Из гинекологических заболеваний преобладали: хронический воспалительный процесс половых органов в основной группе 25% и контрольная группа 6,6%, эктопия шейки матки 19,4% и 13,3% соответственно, миома матки 2,7%, в контрольной группе не обнаружена.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез в группе с АГП не противоречат литературным данным [6, 7].

Анализ течения данной беременности в основной группе показал, что острые инфекционные заболевания верхних дыхательных путей выявлено в 39%. По данным литературы, инфекционного фактора в структуре причин АГП составляет 10-20% [1, 7]. Антенатальная гибель плода на фоне воздействия инфекционного агента может быть обусловлена несколькими механизмами: материнская инфекция может протекать в тяжелой форме с развитием лихорадки, респираторного дистресс-синдрома, что приводит к смерти плода; инфекционный агент может инфицирует плаценту с развитием плацентарной недостаточности (ПН). Частота ПН у беременных с вирусной и/или бактериальной инфекцией достигает 50-60%. Инфекция проникает через плаценту и плодовые оболочки с формированием пороков развития органов и тканей 6-53% [7].

Важным акушерским фактором риска АГП является СЗРП [6]. По данным Reddy U.M. et al (2010), в 41 % мертворождений определялся СЗРП. Установлено, что, чем более выражена задержка роста, тем выше риск АГП [8]. В наших исследованиях задержка внутриутробного развития плода было у 13,8%.

При АГП патология околоплодных вод, как многоводие был выставлен 8,3%, маловодие 19% женщинам. Преэклампсия легкой степени отмечена в 11,1% и тяжелой степени 2,7% тяжести, в контрольной группе как таковые не было. Беременность на фоне анемии легкой и средней степени тяжести (41,6% и 5,5% ) соответственно, составило 47,2% беременных женщин. Полное предлежание плаценты выявилось у 1(2,7%) женщин. 7 беременных (19,4%) из основной группы поступили с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. В контрольной группе в течение данной беременности перенесли заболевания верхних дыхательных путей, как ОРВИ и назофарингит (33,7% и 13,3%) соответственно. Анемия легкой степени отмечается у 8 (53,3%) женщин. Низкая плацентация был выставлен у 3 (20%) беременным женщинам. У 1 (6,6%) беременной было неполное предлежание плаценты.

### Течение данной беременности

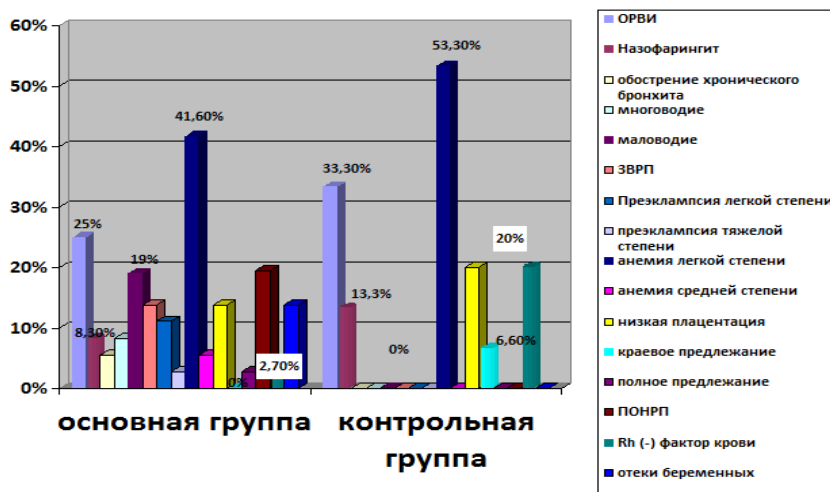


Рисунок 4

У беременных с АГП со стороны внутриутробного плода выявлено врожденные пороки развития (ВПР) у 7 беременных (19,4%), из них пороки развития плода со стороны сердечно-сосудистой и центральной нервной системы составило 3 случая (8,3%), со стороны мочеполовой и дыхательной системы 2 случая (5,5%). У беременных контрольной группы ВПР плода отмечается у 1 женщины со стороны мочеполовой системы (6,6%).

### Врожденные пороки развития (ВПР)

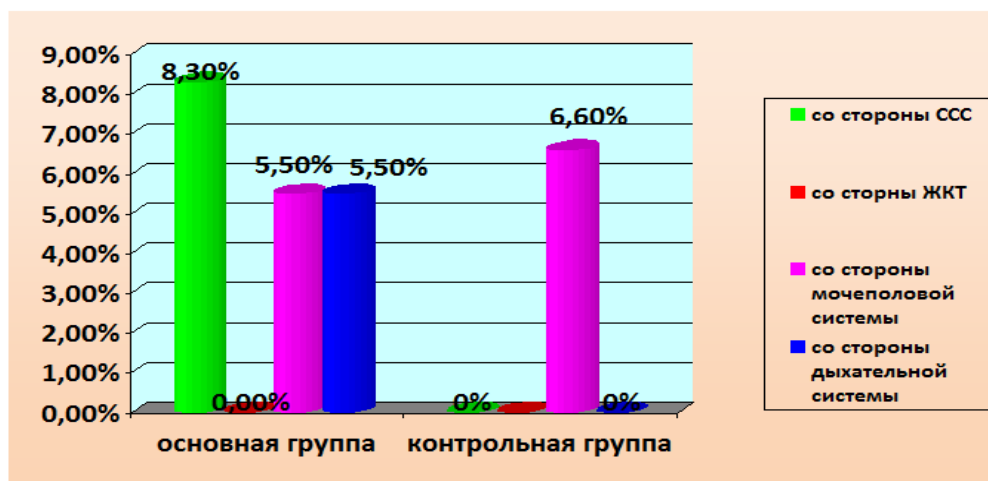


Рисунок 5

Нарушения определяемые доплерометрией в основной группе встречается в 4 (11%) случаях. В контрольной группе не выявлено. При поступлении в родильный дом, отсутствие шевеления плода на первые сутки замечено у 57,1% женщин, на вторые сутки – 23,8%, на третьи сутки – 14,3%, свыше трех суток – 4,8% пациенток.

В основной группе преждевременные роды, занимая 2/3 всех родов, были в 27 случаях, что составляет 75%, при этом средний вес недоношенных - 1393,5г. Срочные роды – 9 случаев (25%), средний вес – 3485г. В контрольной группе выявлены только срочные роды в 15 случаях со средним весом новорожденных – 3295г.

7 беременных (19,4%) из основной группы родоразрешены оперативным путем. Индуцированные роды были в 24 случаях, что составило 66,7%. Срочные роды в 5 случаях (13,9%). 3 беременных из контрольной группы родоразрешены путем кесарева сечения (20%). Срочные роды были у 10 женщин, что составило 66,7%. Индуцированные роды выявлены у 2 пациенток (13,3%).

## Исход беременности

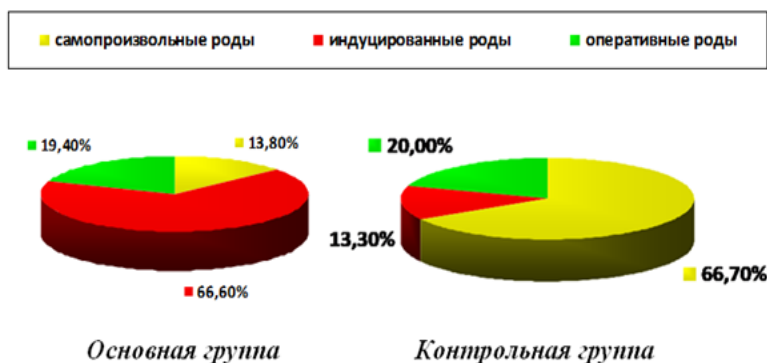


Рисунок 6

По данным гистологического исследования последов, в основной группе выявлена плацентарная недостаточность декомпенсированная форма. В 80,5% случаев установлены воспалительные изменения в плаценте (очаговый гнойный децидуит, гнойный мембранит, гнойно-некротический виллузит). При гистологическом исследовании, так же обнаружены признаки преждевременного созревания плаценты (13,8%) и патологической незрелости плаценты (5,5%).

**Заключение.** Результаты нашего исследования показали, что АГП чаще встречается у первородящих старшего возраста, что составляло 25% пациенток, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез 47,2%, метаболические нарушения 39%. Учитывая осложненное течение беременности к факторам риска АГП можно отнести: преэклампсию различной степени тяжести - 14%, острые инфекционные заболевания дыхательных путей - 39%, отслойка плаценты - 19,4% случаев. Со стороны плода: задержка внутриутробного развития плода - 13,8%, врожденные пороки развития - 19,4% случаев. Со стороны плаценты: отслойка плаценты, кроме того по данным морфологического исследования последов: плацентарная недостаточность, воспалительные изменения в плаценте.

Таким образом, причина антенатальной гибели плода многообразна и часто наблюдается сочетание нескольких факторов, приводящих к её развитию. Женщины с АГП в анамнезе заслуживают особого внимания со стороны не только акушеров-гинекологов, но и врачей смежных специальностей. Необходимо провести комплексное обследование женщин на этапе прегравидарной подготовки для своевременного выявления факторов риска антенатальной гибели плода, а также провести лечебные мероприятия с целью профилактики осложнения беременности.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Туманова, В.А. Проблема антенатальных потерь // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2009. - №5. - С. 39-45.
- 2 Абдрахманова Р.К., Бикташева Х.М. Перинатальные потери в Республике Казахстан // Акушерство, гинекология и перинатология. - 2003. - №1. - С. 44-51.
- 3 Goldenberg, R.L. Commentary: reducing the worlds stillbirths // BMC Pregnancy Childbirth. - 2009. - Suppl. 1. - P. 11-18.
- 4 Стрижаков, А.Н. Этиология и патогенез антенатальной гибели плода // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2012. - Т. 11, № 3. - С. 31-40.
- 5 Flanady V. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis // Lancet. - 2011. - V. 377(9774). - P. 1331-1340.
- 6 Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д., Игнатко И.В. Физиология и патология плода. - М.: Медицина, 2004. - 356 с.
- 7 Бубнова Н.И., Тютюнник В.Л., Михайлова О.И. Репродуктивные потери при декомпенсированной плацентарной недостаточности, вызванной инфекцией // Акушерство и гинекология. - 2010. - №4. - С. 55-58.
- 8 Reddy U.M. Prepregnancy risk factors for antepartum stillbirth in the United States // Obstet. Gynecol. - 2010. - V. 116(5). - P. 1119-1126

**Т.А. Кожобекова, М. Бекмолдақызы, А.С. Ахметбекова**

*С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті,  
№2 акушерлік және гинекология кафедрасы*

### НӘРЕСТЕҢІҢ АНТЕНАТАЛЬДЫҚ ШЕТІНЕУІ, СЕБЕПТЕРІ ЖӘНЕ ҚАУІПТІЛІК ФАКТОРЛАРЫ

**Түйін:** Зерттеулерді сараптау көрсеткендей, нәрестенің антенатальдық шетінеуінің пайда болуында преэклампсия, созылмалы плацентарлық жетіспеушілікті нәресте жетілісінің кешігуі, жұқпалы ауырулар, қалыпты жайғасқан плацентаның мезгілден ерте сылынуы, нәресте жетілісінің туа біткен ауытқулары маңызды роль атқарған.

**Түйінді сөздер:** Нәрестенің антенатальдық шетінеуі, жүктілік ағымы, нәрестенің антенатальдық шетінеуінің қауіптілік факторлары.

**T.A. Kozhabekova, M. Bekmoldakyzы, A.S. Akhmetbekova**

*Asfendiyarov Kazakh National medical university,  
Department of Obstetrics and Gynecology №2*

### **ANTENATAL DEATH OF FETUS : REASONS AND RISK FACTORS**

**Resume:** The analysis of the study/research showed that an important role in the occurrence of antenatal fetal death was played by preeclampsia, delayed fetal development with chronic placental insufficiency, infectious diseases, premature detachment of the normally located placenta, congenital malformations of the fetus.

**Keywords:** antenatal fetal death (death of fetus), pregnancy course, risk factors for antenatal fetal death (death of fetus)